



MEDIAFOND - Fondo Pensione Complementare a contribuzione definita
Iscritto all'Albo dei Fondi Pensione I Sezione n. 126
Viale Europa, 48 20093 Cologno Monzese MI
Tel. 02/2514.7911 Fax. 02/2514.7270 Cod. Fisc. 94577960159
www.mediafond.it mediafond@mediaset.it

MODULO PER LA COMUNICAZIONE DI DECESSO DEL LAVORATORE (A CURA DELL'AZIENDA)

Il presente modulo, debitamente compilato, va consegnato all'Azienda e da questa inoltrato a MEDIAFOND

L'AZIENDA

Denominazione della Società _____ Sede Legale – Via _____ N° _____
Città _____ Prov. _____ Partita I.V.A. _____ Codice Fiscale _____

COMUNICA

Il decesso avvenuto in data _____ / _____ / _____ dell'associato a Mediafond:

Cognome:	Nome:
Codice Fiscale:	Data di nascita: _____ / _____ / _____
Comune di nascita:	Prov.: () Tel.: _____
Indirizzo di residenza:	CAP: _____ e-mail: _____
Comune di residenza:	Provincia: ()

■ L'ultimo versamento dei contributi a Mediafond per il lavoratore è stato eseguito o sarà eseguito in data _____ / _____ / _____

■ Solo per coloro che prima del 29/04/93 erano iscritti a fondi di previdenza complementare indicare:

■ Aliquota applicata sul TFR _____ %

Luogo e data di compilazione

Timbro e firma Azienda